IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 4)**

z dnia 7 lipca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 4)

7 lipca 2021 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Pawła Rychlika (PiS)**, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu zdrowia psychicznego populacji w świetle wyników Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II), w tym wniosków z porównania z poprzednią edycją badania.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Elżbieta Kilan** główny specjalista w Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Jacek Wciórka** kierownik I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, **Grzegorz Saj** dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikiem, **Marek Balicki** kierownik Biura ds. pilotażu Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego, **Jakub Andryańczyk** oraz **Anna Olearczuk** członkowie Zarządu Fundacji eFkropka wraz ze współpracownikami, **Joanna Krzyżanowska-Zbucka** kierownik Oddziału Zapobiegania F10 I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, **Krzysztof Ostaszewski** Kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M" Instytutu Psychiatrii i Neurologii wraz ze współpracownikiem, **Janusz Heitzman** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz **Mariola Łodzińska** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego. Informuję, że na sali jest wystarczająca liczba posłów, która pozwala na stwierdzenie kworum. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Witam serdecznie pana Jacka Wciórkę z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pana Grzegorza Saja dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta, panią Katarzynę Parzuchowską z Fundacji eFkropka i pana Andryańczyka również z tej fundacji. Witam serdecznie pana Marka Balickiego, kierownika Biura ds. pilotażu Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Witam serdecznie podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, pana Macieja Miłkowskiego – dzień dobry, panie ministrze, jak również panią Dorotę Olczyk, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia Psychicznego w Ministerstwie Zdrowia. Witam panią Mariolę Łodzińską, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, panią Joannę Krzyżanowską-Zbucką, kierownika Oddziału Zapobiegania F10 I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Witam specjalistę w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego, panią Sylwię Kozarzewską i panią Elżbietę Kilan, głównego specjalistę w Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Witam pana Janusza Heitzmana, pełnomocnika ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej. Witam również pana Krzysztofa Osta-

szewskiego z Zakładu Zdrowia Publicznego i wszystkich państwa, których nie wymieniłem. Serdecznie wszystkich państwa witam.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stanu zdrowia psychicznego populacji w świetle wyników Kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II), w tym wniosków z porównania z poprzednią edycją badania. Tę informację będzie przedstawiać minister zdrowia. Czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeśli nie, to porządek dzienny uważam za przyjęty. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że wszystkie materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do państwa posłów na adresy ich skrzynek mailowych. Proszę pana ministra o przedstawienie informacji. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący. Szanowni państwo, sam jestem ciekaw, jak pan profesor przedstawi nam temat naszego sprawozdania. Ja mam wstępne informacje. Chciałbym powiedzieć, że to jest drugie badanie dotyczące zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pierwsze było realizowane w 2010 r., z którego dowiedzieliśmy się, jaki jest faktycznie stan Polaków. Kolejne badanie, podobne, rozszerzone o grupę populacji od wieku niemowlęcego do wieku podeszłego, ale populacja badana pomiędzy dwoma badaniami została tak skonstruowana, żeby wiedzieć, jakie zachodzą trendy. Zobaczymy to w prezentacji pana profesora. Nie będę tego przedstawiać, bo chciałbym, żebyśmy wszyscy razem to zobaczyli, a później będzie dyskusja na temat konkretnych rzeczy, co się zdarzyło dobrego i złego. Chciałbym więc, abyśmy mogli oddać głos panu profesorowi Wciórce.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę, panie profesorze... Szanowni państwo, ze względów technicznych ogłaszam 5 minut przerwy.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Szanowni państwo, po krótkiej przerwie kontynuujemy nasze posiedzenie. Bardzo proszę, panie profesorze.

Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii Jacek Wciórka:

Będę mówił dzisiaj o badaniach EZOP, a zwłaszcza jego aktualnym wydaniu, EZOP II. Patron tej refleksji nad życiem psychicznym – tu macie państwo jego zdanie – żył 2600 lat temu. Był podobno niepełnosprawny, chromy, być może niewidomy, ale zostawił dzieła, które do dziś wspominamy i naśladujemy.

Pierwsze badanie EZOP przeprowadzono od roku 2009 do 2012, a badania terenowe w latach 2010–2011 i z tych lat pochodzą dane dla EZOP I. Była to reprezentatywna próba licząca około 10 tys. dorosłych mieszkańców Polski w wieku lat 18–64.

Po niemal dekadzie przyszła pora na realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia EZOP II, którego tematem jest kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Badanie realizowane było w latach 2018–2020, z poślizgiem do dziś spowodowanym COVID i różnymi międzynarodowymi i krajowymi trudnościami związanymi z realizacją w tych trudnych badaniach pandemicznych.

Badania terenowe zakończono na szczęście przed pandemią, w roku 2019. Była to reprezentatywna próba licząca około 15 tys. mieszkańców całej populacji polskiej, ale w trzech subpopulacjach – od 1 do 6, a więc najmłodsze dzieci, od 7 do 17, a więc dzieci i nastolatki, młodzież, i ci dojrzali, czyli 18 plus. Wykonawcami projektu był głównie Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego – Państwowy Zakład Higieny. Pracowaliśmy we współpracy z międzynarodową siecią Światowej Organizacji Zdrowia, która pod nazwą World Mental Health Initiations od kilkunastu lat inicjuje, prowadzi i koordynuje różne krajowe badania i z tego próbuje stworzyć globalną syntezę. Badania terenowe realizowano przy pomocy konsorcjum ośrodków badań ankietowych Danae i spółki z o.o.

Do celów badania przeszkolono 216 ankieterów. To było gruntowne szkolenie zakończone praktycznym ćwiczeniem i egzaminem. Niełatwo było zostać ankieterem. Ponieważ badanie dotyczyło bardzo wrażliwej materii, wymagało nie tylko kompetencji ankieterskich, ale też trochę kompetencji interpersonalnych i kompetencji technicznych związanych z obsługą komputerów, bo badanie było prowadzone przy użyciu metody wywiadów osobistych z asystą komputerową.

W badaniu wykorzystano trzy narzędzia. Dla każdej z tych populacji odrębne narzędzie dostosowane swoją naturą i wcześniejszym wykorzystywaniem do tych waśnie populacji. Dla dorosłych zastosowano kwestionariusz CIDI – będę mówił w skrócie. To jest złożony międzynarodowy wywiad diagnostyczny, opracowany pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia. To jest wywiad bardzo obszerny, trwający od 1,5 do kilku godzin, dotyczący szczegółowych zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym, ale także towarzyszącą mu społeczną i osobistą otoczką.

Do badania nastolatków i starszych dzieci, a więc 7 do 17, wykorzystywano wywiad diagnostyczny Mini-KID. To też międzynarodowe narzędzie, szeroko stosowane w różnych krajach. Dysponowaliśmy najnowszą, siódmą wersją tego narzędzia. To jest wywiad dotyczący głównie aktualnego stanu psychicznego, wykorzystywany także w badaniach klinicznych, ale w tym wypadku zastosowany do badań epidemiologicznych.

Największy kłopot był z wyborem narzędzia do badania najmłodszych, czyli od pierwszego dnia do szóstego roku życia. Tu badani byli w zasadzie rodzice i polegaliśmy na ich obserwacjach i ocenach. Był to taki wywiad zatytułowany Ages & Stages Questionnaires. W sumie badał on różne aspekty rozwoju społeczno-emocjonalnego dziecka w tym wieku.

I tyle tytułem wstępu. Może najpierw o tej najmłodszej subpopulacji, a więc o ocenie rozwoju społeczno-emocjonalnego dzieci do lat sześciu.

Zbadano 1022 rodziców dzieci w tym wieku. To jest część subpopulacji liczącej około 2,685 mln najmłodszych obywateli – reprezentatywna próba. Mniej więcej połowa z nich to chłopcy, połowa dziewczęta. Połowa w najmłodszym wieku od 1 do 2 lat. Średnio w tej próbie 21 miesięcy. I druga połowa w tej starszej grupie, średnio 53 miesiące życia. Nieco mniej niż połowa to mieszkańcy wsi i około 60% dzieci zamieszkałe w mieście.

Gospodarstwa rodzinne do tej próby były losowane w systemie PESEL. Losowano z odpowiednimi frakcjami zależnymi od płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia. To bardzo skomplikowany mechanizm, którego tu nie będę omawiał szczegółowo.

Kwestionariusz ASQ oceniał siedem aspektów, siedem wymiarów tego rozwoju społeczno-emocjonalnego. Krótko wymienię – samoregulację, a więc zdolność czy umiejętność do wyciszania się, uspokojenia, relaksowania, czyli regulacja swoich procesów fizjologicznych do aktualnie otaczających warunków środowiskowych. Dalej było przestrzeganie zasad, reguł – umiejętność, zdolność spełniania poleceń i przestrzegania różnych zasad, które są niezbędne do tego, żeby funkcjonować w środowisku życiowym. Trzecie, to zachowania adaptacyjne, umiejętność przystosowania, radzenia sobie w trudnych sytuacjach, radzenia sobie z takimi fizjologicznymi, trudnymi sprawami, jak jedzenie, spanie czy wydalanie. Czwarty wymiar, to autonomia, czyli jakby umiejętność pozyskiwania w otaczającym świecie odpowiedniej porcji niezależności. Dalej, afekty, czyli umiejętność, zdolność ujawniania i regulowania swoich uczuć w kontaktach z zewnętrznym otoczeniem – porozumiewania się, a więc komunikacja społeczna i różne inne interakcje z innymi ludźmi.

Dziś będę mówił w bardzo dużym skrócie. To są szczegółowe badania, więc gdybym tu miał omawiać raport, który przygotowujemy – będzie liczył 600–700 stron – mogą państwo wyobrazić sobie, że nie sposób przedstawić tego w dużym skrócie, a i tak pewno przekroczę dany mi czas.

Jeśli chodzi o spojrzenie z lotu ptaka, to widzicie tu państwo, jak w tych wymiarach wyglądały zaburzenia w tych aspektach funkcjonowania najmłodszych obywateli. Widać, że największe trudności pojawiały się jako zaburzenia afektu, a więc życia emocjonalnego i one istotnie wyróżniały się od zaburzeń samoregulacji i przestrzegania reguł, a inne były pośrednio. Te wąsy, które państwo widzicie, trzeba czytać tak, że one nie mogą się spotkać. Jeżeli się spotykają, to znaczy, że nakładają się na siebie, a to znaczy, że różnica między tymi wartościami w tych wymiarach nie jest istotna statystycznie,

może być przypadkowa. Jeśli się rozjeżdżają, to znaczy, że ta różnica nie może powstać w sposób przypadkowy.

To były procenty, czyli rozpowszechnienie w populacji tych zaburzeń szczególnych wymiarów, a tu macie państwo skalę wielkości. To są ekstrapolowane liczebności dzieci, których rodzice ujawniali problemy w tych aspektach. Czyli najczęściej szwankujący wymiar zaburzenia afektów dotyczył około 170 tys. tych najmłodszych mieszkańców Polski, inne odpowiednio mniej.

Jeśli w którymkolwiek z tych wymiarów były problemy, które przekraczały dwa odchylenia standardowe, to było to uznawane za odchylenie od normy, za nieprawidłowość. Potem sumowano – jakiekolwiek zaburzenia w jakimkolwiek wymiarze wystąpiły u około 16% młodych ludzi. Czyli można powiedzieć, że co siódmy-ósmy najmłodszy obywatel miał w jakimś okresie tego swojego wczesnego życia problemy. Ogółem dotyczyłoby to więc około 430 tys. najmłodszych dzieci spośród 2, 8 mln, jeśli dobrze pamiętam ten wstęp, i w mniej więcej równej proporcji dziewczynek i chłopców.

Tutaj nasunęła się jedna ciekawa rzecz. Mianowicie, proszę zwrócić uwagę na istotną przewagę dziewczynek, i trochę mniej, prawie na granicy, chłopców zamieszkałych na wsi i w miastach. Wśród mieszkańców wsi tych problemów było istotnie więcej. To pokazuje – wydaje się, że pokazuje, jest to pewna wskazówka – że dzieci na wsi są pod względem swojego rozwoju społeczno-emocjonalnego dość zaniedbane albo nie mają dostępu do tych wszystkich środków, do tych wszystkich instytucji, które bywają pomocne w zapobieganiu albo przeciwdziałaniu takim zaburzeniom. To w najogromniejszym skrócie dotyczy populacji 0 do 6.

Drugą populacją są dzieci nieco starsze i nastolatki czy młodzież. Przypomnę – tu ocena była według kwestionariusza Mini-KID, który po zakończeniu generował diagnozy według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. To w skrócie taki eponim DSM-5. Czyli badamy, stwierdzamy różne rzeczy, a potem maszyna analizując to i przymierzając do zadanych kryteriów generuje odpowiednie rozpoznania. Te dane powstały w ten sposób.

Ta subpopulacja obejmowała około 4,250 mln dzieci i młodzieży w wieku… 50%, prawie równo, chłopców i dziewcząt. Cześć z nich, niemal połowa, to były jeszcze dzieci, jak można powiedzieć, do 11 lat, a potem wiek nastoletni – to 54%. Średnia w tej pierwszej grupie – czytacie państwo tu w nawiasie – mniej więcej połowa zamieszkałych na wsi i połowa zamieszkałych w mieście.

Teraz są tabelki, które dość trudno będzie tak szybko czytać, dlatego proponuję, żeby nie zwracać uwagi na zbyt wiele szczegółów, ale zwrócić uwagę na to, co jest podsumowujące i syntetyczne. Tu macie państwo trzy główne kolumny. Dzieci 7–11 lat, młodzież 12 do 17 i łączne wymiary. Pokazywane są procenty, czyli rozpowszechnienie – to zawsze kolumna po lewej stronie, a obok to są liczebności populacji ekstrapolowane na populację. To nie są liczebności z próby, tylko przeliczone tak, jakby to dotyczyło całej populacji. I to są dane w tysiącach.

Wynika z tego, że jakiekolwiek zaburzenie tak zwane internalizacyjne, to w dużym skrócie i uproszczeniu jest to, co potocznie nazywa się zaburzeniami nerwicowymi i pokrewnymi. Głównie są to różne zaburzenia lękowe – uogólniony, paniczny, agorafobiczny, inne fobie, lęk separacyjny – ale także zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne z różnymi postaciami natręctw. No i trochę inne zaburzenia, ale tu włączone – stresowe pourazowe, czyli następstwa jakiegoś poważnego stresu albo adaptacyjne, w reakcji na jakieś trudne zdarzenia emocjonalne czy w otaczającym świecie.

Przynajmniej jedno z takich zaburzeń wystąpiło w przypadku dzieci do lat 11 u około 8%, a w grupie młodzieży 12–17 u 6, prawie 7%, co daje mniej więcej po 150–160 takiej ekstrapolowanej liczebności. Czyli w sumie można powiedzieć, że około 7% dzieci w tym wieku, w tej subpopulacji, doświadcza takich internalizowanych, czyli uwewnętrznionych zaburzeń. To po ekstrapolacji oznacza, że jest to populacja, która teoretycznie zgłasza potrzeby do systemu ochrony zdrowia psychicznego dla około 300 tys. osób.

Druga grupa, przedstawiona w analogiczny sposób, dotyczy zaburzeń nastroju, zaburzeń afektywnych, a więc tych, gdzie dominuje albo depresja, albo podwyższenie nastroju, czyli albo stagnacja, albo ekspansja aktywności człowieka. Zaburzenia depre-

syjne i epizody maniakalne – tych jest mniej, w sumie niecałe 2% – 1,7% w całej tej subpopulacji około 70 tys. Mniej u dzieci najmłodszych – niespełna 1%, a u młodzieży już więcej i to trzykrotnie więcej, bo 2,4%.

To jest druga grupa. O niej dużo się mówi, bo wszyscy mają depresję w dzisiejszym świecie. Okazuje się jednak, że jeśli depresję rozpoznawać według kryteriów, które są ustalone klinicznie, to tej tak zwanej prawdziwej depresji jest mniej, a cała reszta to są właśnie inne, te internalizacyjne doświadczenia albo po prostu trudności, które być może nie nabierają charakteru zaburzeń.

Trzecią grupą zaburzeń są zaburzenia nazwane tutaj eksternalizacyjnymi. Takie, w przypadku których problemy życiowe, problemy psychiczne, znajdują uzewnętrznienie w jakimś zewnętrznym zachowaniu. Bardzo często w zachowaniu kontestującym tę rzeczywistość albo wykorzystującym je w jakiś inny, nienaturalny i trudny dla otoczenia sposób. Tych zaburzeń jest stosunkowo najwięcej. W sumie jest ich dużo. Jakiekolwiek takie zaburzenie to 2,4 w grupie najmłodszej i 9,4 w tej starszej grupie nastolatków. W sumie daje to około 6% w tej subpopulacji i około 262 tys. w populacji.

Co tu mamy? Mamy tu zaburzenia zachowania, a więc różne kontestacje, takie poważniejsze, w których człowiek narusza już nie tylko dobre obyczaje, zasady funkcjonowania społecznego, ale często i prawo. To wiąże się z takim poważniejszym naruszeniem prawa. Łagodniejsze postaci tych zaburzeń, to tak zwane zaburzenia opozycyjne buntownicze, czyli bunt przeciwko zasadom – kłócenie się z nauczycielami, dla przykładu nieposłuszeństwo wobec rodziców, wagary itd. itd. Należy do tej grupy również ADHD, czyli takie hiperkinetyczne zaburzenia z deficytem uwagi, tiki, zaburzenia odżywiania się – zaraz pokażę, jak one rozbijają na bardziej szczegółowe grupy – zaburzenia związane z piciem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych. Pomieszczone są tu też tendencje samobójcze.

Jeśli państwo popatrzycie na tę szczegółową tabelkę, to widać, że w tych zaburzeniach odżywiania, których jest tu 2,6%, największy udział ma anoreksja, mniejszy bulimia i napadowe objadanie się. W sumie prawie 60 tys. dzieci potencjalnie szuka pomocy z powodu tego typu kłopotów.

Związane z piciem alkoholu – to również około 60 tys., 2,5%. Tu zastanawiające jest – proszę zwrócić na to uwagę – że w populacji łagodnego picia alkoholu jest mniej więcej tyle samo co ciężkiego. Tych umiarkowanych jest mało, i to jest pewna niespodzianka, że w tym wieku już można w sposób ciężki doświadczyć skutków picia alkoholu.

Ta sytuacja wygląda mniej drastycznie, ale liczebnie jest taka samo nasilona, w przypadku używania innych substancji psychoaktywnych, tak zwanych narkotyków. O łagodnym nasileniu to jest prawie 35% tej populacji, o ciężkim nasileniu 19%. Tak to wygląda w szczegółach.

No i jeszcze jeden szczegół, często omawiany i komentowany, dyskutowany, to tendencje samobójcze. Tu jedna istotna rzecz. Wystąpienie takich tendencji samobójczych było szacowane dla właściwości „kiedykolwiek w życiu" – czy wystąpiły takie. Natomiast ryzyko oceniono dla stanu aktualnego, więc to ryzyko jest tu aktualne. Ono – proszę zwrócić na to uwagę – jest niskie u 4,9% populacji, ale duże u 0,4%, i średnie też. Czyli średnie razem z dużym daje około 1% dzieci i nastolatków, które każdego miesiąca mogą być zagrożone podjęciem takich dramatycznych decyzji. W sumie tych zaburzeń w ciągu tego krótkiego życia pojawia się mniej więcej 5,7%, czyli około 131 tys. po ekstrapolacji do tej populacji.

W sumie, jeśli to wszystko przedstawić w bardziej syntetycznej formie, to widzimy, że tych zaburzeń nerwicowych internalizacyjnych jest 7,3%, eksternalizacyjnych 7%, nastroju niespełna 2%. W sumie 13% – mniej więcej co ósmego dziecka dotyczy jakiś problem dający się zdefiniować jako rodzaj jakiegoś zaburzenia zdrowia psychicznego. 13% – czy to dużo, czy to mało, to jest sprawa do komentarza. To w sumie jest liczebność około 568 tys. młodych ludzi. Czyli ponad pół miliona młodzieży w tej populacji może wymagać naszej czynnej, a w każdym razie troskliwej pomocy.

Dwa wykresy szczegółowe, pokazujące – ten pierwszy – w większym rozbiciu na poszczególne grupy wieku. Zobaczcie państwo ten „wystrzał" problemów na granicy wieku 16–17 lat. Jeśli wcześniej on się utrzymuje w granicach względnie niskich,

to tu mamy prawie istotny albo istotny skok w tym trudnym rozwojowym wieku 16 lat. Warto to zapamiętać.

I druga sprawa. Poprzednio mówiłem o tym, że niedostateczną troską są obejmowane najmłodsze dzieci na wsi. Tu widzicie państwo istotną różnicę między rodzinami, które korzystały z pomocy społecznej i które nie korzystały. Oczywiście tych, które nie korzystały, jest daleko więcej, ale ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych w tej drugiej grupie, która korzysta z pomocy, jest istotnie większe i warto na to zwrócić uwagę, że czasem zaburzenia zdrowia psychicznego nie zaczynają się w mózgu, tylko zaczynają się w trudnych warunkach życia, które przerastają siły odpornościowe młodego człowieka. Może warto to zapamiętać.

Dorośli. Jak powiedziałem, dorosłych badaliśmy przy pomocy obszernego kwestionariusza CIDI w najnowszej 21. wersji, takiej, jaka bywa stosowana w innych krajach świata i nadaje się do porównań międzynarodowych. Wybraliśmy to ze względu na obowiązującą w Polsce klasyfikację… Generuje rozpoznania według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia WHO ICD-10, czyli dorośli w wieku 18 plus. Ta próba, która została ostatecznie przebadana, to prawie 12 tys. osób, bez dwóch, i to jest reprezentatywna próba z 31,5 mln dorosłych mieszkańców Polski. Podobna proporcja osób. Tak jak tam było w tych młodszych grupach, tak tu w wieku produkcyjnym to niespełna 50% i nieco więcej niż połowa w wieku lat 65 plus. Połowa mniej więcej zamieszkałych na wsi i połowa zamieszkałych w mieście.

Tu mamy podobny podział na te zaburzenia internalizacyjne, czyli zaburzenia nerwicowe i pokrewne. Dalej będę omawiał kolejne grupy. Tu proszę tylko zwrócić uwagę na to, że mamy trzy słupki. Mianowicie, jest to szacowanie za okres całego życia, za okres ostatnich 12 miesięcy i za okres 30 dni. Czyli, krótko mówiąc, zależy, jaki okular, jaka luneta, to zobaczymy więcej lub mniej. Najwięcej zobaczymy wtedy, kiedy zbieramy przygody z całego dotychczasowego życia, mniej, kiedy jest to roczny przedział i najmniej, kiedy jest to przedział 30-dniowy. Widać, że te różnice są ewidentne. Natomiast te najważniejsze dla nas i na nich będę skupiał uwagę, to są te z całego życia. Widzicie państwo z tego, że tych zaburzeń dawniej nazywanych nerwicowymi jest w populacji dorosłych mieszkańców Polski około 16%. W perspektywie 12-miesięcznej 5%, a w perspektywie 30 dni niecałe 3%, właściwie 2,5%.

Tu jest taka drobna wątpliwość między diagnostami, czy ująć w tym zestawieniu również tak zwany lęk napadowy. Lęk napadowy to są napady paniki lękowej i chodzi o to, że od pewnej liczby tych napadów w określonym czasie nazywamy ten problem zdrowia psychicznego zaburzeniem z lękiem napadowym, zaburzeniem panicznym. No i często w tych rejestrach nie uwzględnia się takich pojedynczych napadów albo takich, które występują rzadko, ale powtarzają się co jakiś czas i stanowić mogą poważny problem. Dlatego ja je wliczałem do tej liczby albo nie. Z nimi to jest 16%, a bez nich 11%, i to wszystko.

Proszę zwrócić uwagę na to, że ta próba ekstrapolowana na populację to jest ponad 3,5 mln albo ponad 5 mln osób. To jest taka populacja, która teoretycznie mogłaby się zgłosić do naszych ośrodków po pomoc. A w ostatnich 30 dniach to już nie tak wielkie liczby, ale jednak mimo wszystko sięgające około ¾ miliona. Warto to zapamiętać i zwrócić uwagę na ostatnią kolumnę w tym zestawieniu, która pokazuje, jaki procent z tych osób zgłosił się do jakiegoś ośrodka w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Proszę zwrócić uwagę na to, że rzadko kiedy to przekracza 25%. Najbardziej lubiącym się leczyć jest rozpoznanie neurastenii, które właściwie na świecie zostało już skasowane, ale w klasyfikacjach i w życiu zostaje. To jest taki problem, w którym człowiek jest nadwrażliwy, męczliwy, nużliwy i jest mu w życiu źle. Ma różne dolegliwości ze strony układu wegetatywnego i szuka intensywnie pomocy. To widać w tej tabeli. Proszę też zwrócić uwagę na to, bo jest to niepokojące, że te kilkanaście procent ludzi, góra dwadzieścia, dwadzieścia kilka procent, które zgłasza się po pomoc do ośrodków, to jest kropla w morzu.

Druga grupa – zaburzenia afektywne, tu w nieco szerszym omówieniu. Jest ich trochę więcej niż 4,5% w populacji, a w liczbach bezwzględnych, w ekstrapolacji populacyjnej to jest około 1,5 mln. To są epizody depresyjne, epizody maniakalne i zaburzenia

dystymiczne, czyli przewlekłe zaburzenia depresyjne, trwające co najmniej 2 lata, i one są najczęściej źródłem zgłaszania się po pomoc do poradni i do innych ośrodków ochrony zdrowia psychicznego. W pozostałych przypadkach, nawet depresji ciężkiej, zwraca się tylko 26%, czyli teoretycznie 75% osób mogących zgłaszać się po pomoc szuka jej gdzieś poza rejestrowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgłaszalnością uchwytną w takim badaniu tymi metodami.

Najobszerniejsza do omówienia jest ta grupa zaburzeń eksternalizacyjnych. Ona w klasyfikacji współczesnej rozpadła się na wiele grup, które tu są trochę sztucznie omawiane łącznie. Zaburzenia zachowania i opozycyjno-buntownicze są jako doświadczenie życiowe, ale u dorosłych ludzi występują już w rozwiniętej postaci odpowiednio rzadko, dlatego nikt tutaj się nie zgłasza. Włączyliśmy tu też tak zwane okresowe zaburzenia eksplozywne, kiedy człowiek wybucha gwałtowną złością, agresją, wielokrotnie w określonym odcinku czasu.

Nie znaleźliśmy w populacji w badanej próbie anoreksji ani bulimii. Natomiast przy użyciu kryteriów DSM-4 – kryteriów amerykańskich – udało się znaleźć 0,7% napadowego objadania się, czyli jakiegoś reprezentanta zaburzeń odżywania.

Sporo było w populacji problemów związanych z użyciem alkoholu – 7%, ale mniej z uzależnieniem – 1,2% osób używających innych substancji. Regularne używanie tytoniu – 34%. Zagrożenie patologicznym hazardem – niewiele, i myśli samobójcze deklarowane w tym badaniu to 1,4%. Te zaburzenia eksternalizacyjne zsumowaliśmy na około 11, bliżej 12% w populacji. To daje trochę ponad 3,5 mln dorosłych mieszkańców Polski, a w ostatnim miesiącu to jest około 260 tys. osób, które zgłaszają się po pomoc.

Myśli samobójcze – jeszcze to wyłączyłem, żeby spojrzeć – to jest około 440 tys. ludzi, którzy w ciągu swojego dotychczasowego życia miało myśli, rozważało przedwczesne zakończenie życia, i gotowi byli ten fakt ujawnić w badaniu. Czy to jest dużo, czy mało, to jest trudne pytanie.

To jest rzecz, którą planowaliśmy długo i staraliśmy się ją uchwycić, ale ostatecznie nie całkiem się to powiodło. We wszystkich tych badaniach nie jest uwzględnione rozpoznanie, które u wielu ludzi budzi największe zainteresowanie, jeśli chodzi o ochronę zdrowia psychicznego, a mianowicie zaburzenia psychotyczne. Tu hasło schizofrenia, ale to jest tylko jeden z reprezentantów tej dużej grupy zaburzeń, w których człowiek traci zdolność rozumienia świata, a świat często traci zdolność rozumienia jego reakcji i zachowań.

To badanie powinno przebiegać w zasadzie dwuetapowo. To znaczy, najpierw ujawnić w screeningu kwestionariuszowym, a następnie dotrzeć do tych ludzi i potwierdzić to w badaniu klinicznym. Mieliśmy taki plan, rozpoczęliśmy przygotowania. W tej próbie kwestionariuszowej tych ludzi było w całej Polsce około 70. Wydawało się, że dotarcie do nich nie jest problemem, ale to nam się nie udało z powodu trudności z RODO, a potem już z pandemią i niechęcią ludzi do powtórnego uczestniczenia w badaniu. Ostatecznie to się nie powiodło, dlatego też pokazuję tu tylko dane dotyczące tak zwanych przeżyć bliskich psychotycznym.

To są pozytywne odpowiedzi w kwestionariuszu na przynajmniej jedno z sześciu pytań o dziwne rzeczy, takie jak niezwykłe sposoby komunikacji, pasywność swojego zachowania, uleganie spiskowym, nieufnym interpretacjom działań otoczenia lub też doświadczanie jakichś wizji czy zjawisk słuchowych, których inni nie… Oszacowaliśmy, ile w ciągu całego życia… Około 1% ludzi doświadcza tego, czyli około 300 tys. osób w tej populacji. Jednak, jeśli wziąć pod uwagę ostrzejsze kryterium i wyłączyć sytuacje, w których takie problemy pojawiają się na granicy snu i czuwania albo pod wpływem substancji, to jest ich o połowę mniej – około 0,5% i mniej. Tak więc to zadanie ogarnięcia tego typu zaburzeń i stanów w populacji jest jeszcze przed nami. To zagadnienie przeżyć bliskich psychotycznym jest w ogóle jednym z ciekawszych zagadnień i być może kiedyś postawi ono w zupełnie nowym świetle kwestię tak zwanych psychoz i tego, jak traktujemy tego typu przeżycia i ludzi, którzy doświadczają tego typu przeżyć.

To jest zbiorcza tablica, która pokazuje, że jakiekolwiek zaburzenie spośród tego całego katalogu, który tu opisywałem, dotyczy 26,5% populacji, czyli około 8 mln dorosłych mieszkańców Polski. Jeśli natomiast ująć to węziej, nie uwzględniać tu wspomnia-

nych napadów paniki, hipomanii, która jest czasem trudno definiowalna – no bo któż nie chce się cieszyć, może nieco przesadnie – i używania tytoniu, które uchodzi za normę w niektórych środowiskach, to tych zaburzeń jest 22,5%, czyli około 7 mln, a więc i tak pokaźna liczba.

Porównanie EZOP I i EZOP II – tych dwóch badań – dotyczyło badań, ale tylko w populacji wyjętej, tak jak w pierwszym badaniu, czyli tej populacji w wieku produkcyjnym 18 do 64. Dlatego te różnice tutaj troszkę inaczej się rysują.

Tu macie państwo rozpowszechnienie i liczebność ekstrapolowaną. Po lewej stronie – rozpowszechnienie, po prawej – ekstrapolowaną liczebność, potem badanie w EZOP I i EZOP II, i strzałkami są zaznaczone istotne różnice. Wynika z tego, że w większości zaburzeń internalizacyjnych, tych nerwicowych i pokrewnych, nie było istotnych różnic między tymi dwoma badaniami. Różnice były w przypadku agorafobii, jednej z postaci fobii, takiej uogólnionej, że człowiek w trosce o własne bezpieczeństwo wycofuje się z bycia w różnych miejscach, w których jego bezpieczeństwo może być, w jego wyobraźni, zagrożone, a więc w tłumie, na otwartej przestrzeni, w każdej niebezpiecznej sytuacji. Natomiast wzrosła liczba – to troszkę się przesunęło – stresowego pourazowego zaburzenia, osławionego PTSD, a więc następstw silnych bodźców stresowych. Kiedyś uważano, że takim bodźcem jest doświadczanie tortur, ataku terrorystycznego, wojny, obozów koncentracyjnych, bycia świadkiem zabójstw, ale z czasem to się upowszechniło i tych rzeczy, które mogą być punktem wyjścia do stresowego zaburzenia pourazowego, może być więcej. Poza tym nie ma tu większych różnic.

W zakresie zaburzeń afektywnych też nie ma większych różnic. Spadła liczba dystymii – zmniejszyła się istotnie z 0,6% do 0,4%, czyli ze 160 ekstrapolacji do 96 tys. w populacji.

W obrębie zaburzeń eksternalizacyjnych było więcej zmian. Bardzo ciekawe, że wzrosła liczba zaburzeń zachowania i zaburzenia eksplozywnego. Czyli wzrosło wszystko, co wiąże się z pewną agresją, z pewnym kontestacyjnym zachowaniem, tak jakby ludziom dziś, po dekadzie, trudniej było zmieścić się w oczekiwaniach świata zewnętrznego i zbuntowali się przeciwko niemu. Natomiast mniej jest – tu niestety przesunęły się te strzałki – zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Proszę zwrócić uwagę – to jest mniej więcej z 11 do 8, z 30 tys. do 19 tys. w ekstrapolacji populacyjnej.

Zmniejszyło się też regularne używanie tytoniu. Tu się to przesunęło. Proszę zwrócić uwagę – z 36 na 23, o 10%. To byłaby duża zmiana, z której nie tyle psychiatrzy, ile interniści się ucieszą, bo czynniki ryzyka dla wielu poważnych chorób jakby się zmniejszają. To jest duża różnica, bo z 95 tys. spadło do 60 tys. Spadała też liczba myśli samobójczych z 3 do 1,6 i w sumie złożyło się to na istotne zmniejszenie rozmiaru tych zaburzeń eksternalizacyjnych z 14,6 do 11,1%

Tutaj już najbardziej sumaryczne, syntetyczne dane. Powtórzone zaburzenia internalizacyjne, afektywne i eksternalizacyjne. Jakiekolwiek jedno zaburzenie zmniejszyło się z 23,4 do 20,9, a więc o 3%, czyli mniej więcej o milion w ekstrapolacji populacyjnej. Natomiast co najmniej dwa zaburzenia pozostały bez zmian – jak państwo widzicie, na tym samym poziomie – a w tym ostatnim rządku, u osób, u których występują co najmniej trzy zaburzenia, wzrosła liczba, ale to nie jest duży wzrost – z 0,9 do 1,3%. To są najbardziej syntetyczne dane wyciągnięte z tych badań.

Teraz – to jest bardzo ciekawe – jak się ma epidemiologia do rynku usług zdrowotnych? Spróbowaliśmy, odważyliśmy się porównać ocenę epidemiologiczną według kwestionariusza CIDI z danymi dostarczonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście one wymagały okrojenia i ograniczenia tylko do tych rozpoznań, które były i tu, i tu. I tu macie państwo takie zestawienie.

To jest zestawienie według płci. Proszę najpierw spojrzeć na górną tabelkę, z której wynika… A może ta tabelka jest nieczytelna? Spójrzcie państwo na ten dolny wykres, który mówi to samo. Proszę zwrócić uwagę – ja nie mam tego jak pokazać – zwłaszcza na te pierwsze trzy kolumny. Jak państwo widzicie, pomarańczowym, żółtym kolorem są zaznaczone zaburzenia, problemy ujawnione w badaniu CIDI, a niebieskim, ujawnione w statystykach Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę zwrócić uwagę na to, że właściwie fundusz nie widzi większości zaburzeń wieku 7–17 lat i to zarówno chłop-

ców, jak i dziewcząt, jak i ogółem. To jest jeden z najciekawszych punktów tego zestawienia.

W innych sprawach dotyczących ludzi w wieku produkcyjnym i starszych są różnice, ale nieduże. Na przykład, fundusz widzi więcej zaburzeń u kobiet w wieku produkcyjnym, a CIDI u mężczyzn, czyli jakby widzi równiej, a fundusz widzi bardziej feministycznie, jak można powiedzieć.

Następne zestawienie pokazuje natomiast, jak to się ma według płci i wybranych grup diagnostycznych. Po lewej stronie widać zaburzenia nerwicowe i znów fundusz widzi częściej zaburzenia nerwicowe u kobiet niż badanie epidemiologiczne, a badanie epidemiologiczne widzi je częściej u mężczyzn. Czyli w sumie to się wyrównuje i liczby są podobne, ale wewnętrznie zróżnicowane.

Inaczej jest w przypadku zaburzeń nastroju. Tutaj fundusz widzi zawsze niemal dwukrotnie więcej niż badanie epidemiologiczne. Odwrotnie jest w przypadku zaburzeń alkoholowych, które częściej ujawniane są w badaniu epidemiologicznym niż zgłaszają się po pomoc do funduszu. To była populacja dorosłych, a teraz populacja dzieci i młodzieży.

Tu państwo widzicie, że właściwie fundusz tych zaburzeń nie widzi, zarówno tych nerwicowych, jak i depresyjnych, jak i alkoholowych. Zwłaszcza alkoholowych. Proszę zwrócić uwagę – to, co pokazywałem państwu – jest spora grupa młodzieży, która pije, intensywnie pije już z ciężkimi problemami, a tu, w statystykach funduszu one jakby nie istnieją.

To porównanie z lotu ptaka. Wspomniałem tu państwu o tym, że rozpowszechnienie zaburzeń i definiowanie ich według różnych kryteriów niekoniecznie oznacza skorzystanie z dostępnej pomocy. Próbowaliśmy przybliżyć się do tego rozziewu miedzy potrzebami zgłaszanymi czy definiowanymi a zrealizowanymi w systemie ochrony zdrowotnej. Kwestionariusz CIDI umożliwiał zdefiniowanie korzystania z pomocy specjalistycznej jako takiego, które sprowadzało się albo do hospitalizacji psychiatrycznej, albo do skorzystania ze wsparcia psychologicznego lub zwrócenia się do psychiatry lub psychologa w sprawie problemów emocjonalnych, nerwowych, zdrowia psychicznego lub związanych z piciem alkoholu. I proszę zauważyć, że tu są zaburzenia związane z piciem alkoholu – to kilkanaście procent ogółem, i wśród mężczyzn. Znacznie częściej u kobiet – 30% zgłasza się po pomoc. A wszystkich pozostałych zaburzeń, niezwiązanych z substancjami jest tylko kilkanaście procent. Więcej tych zgłoszeń jest w przypadku zaburzeń nastroju, bo one przekraczają 20%. W zaburzeniach nerwicowych to jest kilkanaście procent. Czyli liczba osób, które korzystają z pomocy teoretycznie dostępnej, jest bardzo ograniczona.

To jest inne zestawienie, które pokazuje skutki różnie rozumianych potrzeb zdrowotnych. Można mówić o potrzebach potencjalnych wtedy, kiedy człowiek przeżywa jakieś trudności, jest w stanie je nazwać i potwierdzić w takim badaniu. I to są liczby – jak państwo widzicie, to ta pierwsza kolumna w tabeli – sięgające co najmniej kilkuset tysięcy, a najczęściej grubo ponad kilka milionów. Czyli tylu ludzi doświadcza – my to w raporcie dokładnie piszemy – na przykład, lęków, wzmożenia nastroju, obniżenia nastroju, różnych fobii czy zachowań opozycyjnych. Natomiast w przypadku pomocy zdefiniowanej, czyli takiej, która spełnia kryteria jakiejś klasyfikacji zaburzeń psychicznych, ta liczba spada już do poniżej miliona albo tylko nieco ponad milion. To jest potrzeba pomocy zdefiniowana. A zrealizowana pomoc, czyli szukanie pomocy, zgłoszenie się po pomoc, to jest ułamek procenta.

Może lepiej widać to samo zjawisko na tym wykresie tak zwanym kumulacyjnym, w którym wszystkie te różne problemy występujące w populacji z różną prędkością są jakby sprowadzone do wspólnego mianownika. Widzą państwo – ten najjaśniejszy żółty kolor to jest obszar potencjalnych potrzeb. Nieco ciemniejszy żółty, to obszar potrzeb zdefiniowanych. Tutaj trwa spór. Niektórzy by chcieli je medykalizować, czyli poszerzać obszar zdefiniowanych potrzeb, inni by chcieli zdemedykalizować, zdepsychiatryzować, czyli poszerzać obszar, w którym potrzeba nie jest tak ewidentna. Natomiast ten ciemny fragment wykresu to jest ten ułamek procenta, który zgłasza się do nas po pomoc – tymczasem, bo jak się straci cierpliwość i zgłosi się w większej liczbie, to system musi być na to przygotowany, a nie wiem, czy jest.

Są dwie zasadnicze bariery w szukaniu pomocy. Mianowicie, taka bariera infrastrukturalna, to znaczy, nie ma dostępności do odpowiedniej jakości pomocy. To jest wykres, który pokazuje opiekę psychiatryczną na tle opieki zdrowotnej publicznej niepsychiatrycznej. Granatowe wskaźniki dotyczą jakości – to ta przerywana, i dostępności – to ta ciągła linia niebieska. Jak państwo tutaj widzicie, ona jest wyżej oceniana. To jest skala od bardzo niskiej do bardzo wysokiej. Po prawej stronie jest bardzo wysoka jakość lub dostępność, po lewej niska. Natomiast te brązowe grafy pokazują te same właściwości w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Jak państwo widzicie, ona ma taki dwugarbny kształt, ale jest zdecydowanie bliżej stanów średnich lub niskich. Czyli ta opieka psychiatryczna w odczuciu publicznym szwankuje, nie dosięga poziomu pozostałej części systemu opieki zdrowotnej. I to jest ta bariera infrastrukturalna, którą mamy do pokonania, żeby te wykresy kiedyś się nałożyły.

Czy idziemy w tym kierunku? To pokazuje infrastrukturę pomocy w badaniu EZOP I i EZOP II. To są te same wielkości, tylko w odstępie dekady. Ta ciągła linia to jest w badaniu EZOP II. Wydaje się, że coś drgnęło. Problem, czy to nazwać drgnięciem czy skokiem rozwojowym, pozostawiam państwu do oceny. Mnie się wydaje, że to nie jest wielka zmiana, zwłaszcza że kształt tej krzywej jest podobny. Ona ciągle jest z tym pikiem zaledwie w granicach średnich ocen. Wyraźnego obniżenia jakości i wysokiej dostępności nie ma.

No i druga, ważna bariera w uzyskiwaniu potrzebnej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. To jest bariera dystansu społecznego, czyli kształtowania atmosfery nieufności, naznaczania i wykluczenia wokół osób, którym zdarza się wejść w kryzys psychiczny. Ten wykres pokazuje odpowiedzi na pytania, jaka byłaby pani czy pana reakcja, gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu, zajęła którąś z tych wykazanych tu ról społecznych, od takich ról – na górze tego wykresu – które wymagają dużego zaufania i dużej akceptacji, do takich, które są epizodycznymi czy przygodnymi rolami życiowymi. Jak państwo widzicie, we wszystkich tych rolach zdecydowanie przeważa sprzeciw – to ta czarna część wykresu.

Muszę powiedzieć państwu, że powtarzamy te badania przy różnych okolicznościach, w tej samej, dorosłej populacji i to jest najbardziej niechętny i destrukcyjny obraz, jaki zdarzyło się nam w ostatnich 15 latach uzyskać w takich badaniach. Wydawało się nam, że to już zmierza w takim dobrym kierunku, a tu takie załamanie.

Proszę zwrócić uwagę na to, że żadna z tych ról nie przekroczyła połowy akceptacji. I co ważne – jeszcze jedno – tu widzicie państwo na granicy między dwoma kolorami takie białe śladziki. To jest odpowiedź „nie wiem", „nie jestem zdecydowany". Czyli tutaj panuje pewien radykalizm – albo jestem za, albo przeciw, nie ma szarości. Moim zdaniem jest to jedna z zasadniczych przeszkód, która w rozmaity sposób rzutuje na decyzje indywidualne, grupowe, społeczne, państwowe, parlamentarne, płatnicze i wszystkie inne. Ona z tej niechęci indywidualnej przekształca się również w niechęć strukturalną, zapisaną w legislacji i funkcjonowaniu życia publicznego i państwowego w naszym kraju. I te dwie bariery – infrastrukturalna i mentalna – w uzyskiwaniu pomocy w zakresie zdrowia psychicznego to są dwa cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który z różnymi sukcesami i niepowodzeniami próbujemy realizować od roku – ustanowić a potem wdrożyć już od ponad 15 lat.

Ciekawe, co by na to wszystko powiedział Ezop. Ezop charakteryzował się tym, że mówił językiem ezopowym, nie wprost, a przenośnym, czyli używał rozmaitych porównań. Opisywał sytuacje dziejące się pozornie w świecie zwierząt. No to ja tak daleko bym się tu nie posunął, ale myślę, że z mądrości Ezopa należałoby czasem skorzystać. Dziękuję państwu za uwagę. Przepraszam, przekroczyłem troszkę czas, który miałem wyznaczony, ale wydawało mi się, że materiał jest unikatowy i ciekawy, interesujący, i chociaż w takim bardzo krótkim, fragmentarycznym zapisie warty przedstawienia w tak ważnym gronie. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękujemy, panie profesorze. Absolutnie pan tej dyscypliny czasowej nie nadwyrężył, ponieważ pan przekazał nam dzisiaj ogrom wiedzy i informacji, za co bardzo dziękujemy.

Szanowni państwo, w tym momencie otwieram dyskusję. Proszę o zadawanie pytań, o zabieranie głosu. Bardzo proszę, pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Ja razem z państwem oglądałem tę prezentację i pierwsze wrażenia są takie, żeby nigdy nie zabrakło środków finansowych i jakichkolwiek decyzji, żeby takie badania realizować. To jest jakby strategiczna rzecz, najważniejsza. To perfekcyjnie przeprowadzone badanie pod kątem naukowym. Wiem, że jeszcze prace trwają, ale publikacje z tej pracy na pewno będą bardzo istotne. Wszystkie działania na najbliższe lata muszą uwzględniać to, co faktycznie się dzieje, bo badanie jest zrobione perfekcyjnie.

Musimy wspólnie ustalić, bo to nie jest proste, jakie zadania mamy zrobić, żeby w niektórych kwestiach, tych, które są złe, ten trend odwrócić. Oczywiście z tego by wynikało, jeśli chodzi o dzieci i młodzież, że dostępność do publicznego systemu jest zła, na co zwracamy uwagę wszyscy razem, ale też być może niewiedza rodziców, różne oczekiwania są jakimś problemem. Tu współpraca z sektorem edukacji jest niesamowicie istotna, ważna, czyli nie tylko sektora zdrowia, ale i innych sektorów także. Myślę, że mamy olbrzymie zadanie do wykonania i musimy spróbować z tym się zmierzyć. Pan profesor mówi, że pracuje nad tym już tyle lat, ale my w polityce jesteśmy często krótko i po prostu nie możemy tego czasu zmarnować. To takie moje wstępne wrażenie.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Bardzo proszę. Proszę do mikrofonu z przedstawieniem się.

Specjalista w Departamencie ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta Sylwia Kozarzewska:

Sylwia Kozarzewska z Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Panie profesorze, na kiedy pan przewiduje ostateczną wersję raportu?

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Myślę, że powinien być to początek września. Na drugą połowę września planujemy dużą konferencję, która pokaże szczegóły tego, a nie takie krótkie omówienie. Potem czeka nas trud upowszechniania tych danych, przekazywania ich w różnych gremiach, wyjaśniania, dyskutowania, bo tu jest wiele spraw, które są otwartym pytaniem, na które trzeba szukać odpowiedzi.

Na przykład to, o czym państwo mówili – system nie widzi dzieci, a to nie tylko dzieci i dorośli. Tu trzeba dzielić uwagę na rodzinę. Jeżeli jest tak, że są rodziny, które korzystają z pomocy społecznej, czyli z jakimś deficytem środków wychowawczych czy umożliwiających życie umiejętności, kompetencji wychowawczych, to znaczy, że uwagę trzeba skupić na całej rodzinie, a nie oddzielnie na dzieciach i dorosłych. Tak więc, gdzieś pomiędzy tworzącymi się teraz centrami zdrowia psychicznego dla dorosłych i dla dzieci trzeba będzie stworzyć jakieś formalne, instytucjonalne ramy współdziałania i współpracy w takich zagadnieniach.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie profesorze, nie tylko jako lekarz praktyk, ale jako poseł spotykam się z ogromnymi problemami, jeśli chodzi o opiekę czy może prawa dzieci – bo tu mówiliśmy o dzieciach od 0 roku życia – w przypadku których niedojrzałość rodziny czy rozpad rodziny, czy dysfunkcja rodziny, zwiększona liczba rozwodów albo też wolne związki – ja to obserwuję w praktyce POZ jako lekarz rodzinny – ma ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa dzieci, a także zdrowia psychicznego. Można tutaj toczyć różne spory, i one się toczą, że to nieprawda – ja twierdzę, że prawda – ale pytanie jest następujące. Wiadomo, że brakuje pomocy psychiatrycznej, ale jak to rozróżnić – czy bardziej psychologicznej na tym wczesnym etapie, czy bardziej psychiatrycznej, bo dostępność poradnictwa psychologicznego chyba jest bardzo istotna w tym wczesnym okresie rozwoju dziecka. Potem problem narasta u osób dorosłych. Jak właściwie mamy na to patrzeć jako politycy i decydować? Może założyć jakieś priorytety

w decyzjach Ministerstwa Zdrowia, w decyzjach parlamentarnych? Proszę nam podpowiedzieć wprost. Po to jest ta podkomisja, żebyśmy mówili otwartym tekstem, bardziej zrozumiałym dla nas wszystkich, bo widzę, że problem jest ogromny.

Ja widzę też ten problem w sądownictwie, że przy rozwodach nie zwraca się uwagi na potrzeby dziecka, tylko opieka naprzemienna, przesuwanie dziecka równomiernie między rodzicami. Nikt dzieci nie pyta. Właściwie znikomy procent uwagi osób dorosłych i instytucji jest zwróconej na to, czego potrzebuje dziecko i jaka jest jego potrzeba, a jest dominacja potrzeb dorosłych ponad potrzeby dzieci. Proszę do tego się odnieść, panie profesorze.

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

W reformowanym obecnie systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą główną rolę mają odgrywać poradnie psychologiczne, poradnie środowiskowe. One są blisko szkoły i rodziny, i powinny działać w istotnej łączności z tymi dwoma podstawowymi środowiskami życiowymi, w których rośnie i rozwija się młody człowiek. Dopiero kiedy sprawy nabrzmiewają i okazuje się, że potrzeba jeszcze więcej pomocy, bardziej medycznej, po lekarsku zorientowanej, to sprawę podejmują ośrodki zdrowia psychicznego środowiskowe i dalej, i dalej. Ale ten podstawowy akcent jest na to, aby nie obciążać ludzi przedwczesnymi diagnozami, nie zmedykalizować problemu zbyt wcześnie. Tak mi się wydaje i tak mi podpowiadają koledzy, którzy zajmują się bardziej bezpośrednio dziećmi i młodzieżą.

Jest jeszcze jeden element, o którym trzeba pamiętać – to sama szkoła i obecność, i właściwe funkcjonowanie pedagoga, ale i psychologa szkolnego, żeby dziecko, które czuje się nieszczęśliwe albo naznaczone, albo z innych powodów oczekuje pomocy, miało łatwą drogę, w sąsiednim korytarzu, a nie musiało pokonywać przy pomocy rodziców jakichś sztucznych barier w dostępie do innych form pomocy. Ta pomoc poradni środowiskowej i psychologicznej powinna być szybko, blisko i kompleksowa, i nie definiować przedwcześnie trudnych przeżyć i zachowań, co próbowałem pokazywać, jak zaburzeń. Przyjdzie na to czas, jeśli będzie taka potrzeba. To jest sprawa medycyny, żeby odpowiednio zdefiniować, adekwatnie do rzeczywistości i postępu wiedzy pewne kłopoty jako zaburzenia, ale nie za wcześnie.

Wiele kłopotów da się rozwiązać w inny sposób, bez użycia tych narzędzi, które są właściwe dla opieki lekarskiej. To się dzieje, tylko ważne, żeby dopilnować, by to nie skręciło, żeby ten proces nie zdewiował. Pod wpływem różnych decyzji, przyzwyczajeń, różnych interesów ten proces bardzo łatwo może zostać pokrzyżowany i posuwać się w innym kierunku niż to było zaplanowane, ale to jest w rękach państwa. Tego już państwo musicie pilnować, bo to są decyzje, na które praktycy pracujący w tym systemie mają pośredni wpływ. Mogą tylko prosić, tłumaczyć, domagać się, ale nie podejmują takich kluczowych decyzji.

W Anglii obliczono, że jeśli pomoc tak zwana profilaktyczna przychodzi wcześnie, w granicach 7–8 roku życia, to problemy mogą nie urosnąć do istotnych zaburzeń, które potem trzeba rozwiązywać już przy pomocy systemu wymiaru sprawiedliwości, penitencjarnego i wielu innych systemów opresyjnych i bardzo kosztownych. Anglicy są oszczędni. Obliczyli, że odpowiednio zainwestowany funt daje oszczędności 7 funtów, które trzeba wydać, jeśli w porę nie zadba się o rozwiązywanie takich… No, ale to jest bardzo trudne, jak widać, nawet w Anglii.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. Proszę, panie pośle. Następnie pan.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, panie profesorze, mam dwa pytania. Jedno dotyczy regularnego używania tytoniu. Wskazało na to w całym swoim życiu 34% badanych, tylko wskazane było „używanie tytoniu”. Teraz pytanie, czy państwo zidentyfikowali albo rozróżnili tytoń a e-papierosy. Czy to było w całej tej metodyce badań rozróżnione?

I jeszcze kwestia zaburzeń, które występowały, tylko nie pamiętam teraz czy dzieci, czy dzieci i młodzieży na terenach wiejskich, bo ich jest dwukrotnie więcej niż na tere-

nach miejskich. Pytanie, czy zdiagnozowano, zidentyfikowano, z czego to wynika. Czy to są powody natury świadomościowej rodziców chociażby, może element wstydu, pewnej stygmatyzacji, która może na terenach wiejskich jest większa – mówimy oczywiście o kwestiach zaburzeń czy identyfikowania tego – czy gorszy dostęp do specjalistów i do poradnictwa? Dziękuję.

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Jeśli chodzi o pierwszą sprawę, to nie umiem odpowiedzieć precyzyjnie, bo nie analizowałem tej części, ale myślę, że chodziło o wyroby tytoniowe w sensie dosłownym, nie o elektroniczne. Nie wiem, czy oddzielnie pytano o elektroniczne papierosy, ale to łatwo wyjaśnić, musiałbym tylko zajrzeć. Tu chodziło o używanie tytoniu, dlatego nie ma tu słowa „nikotyna", tylko „tytoń". Tam, gdzie jest „nikotyna", to w grę pewno wchodzą i jedno i drugie.

Natomiast druga rzecz. To dotyczyło dzieci, tych najmłodszych. Przypuszczam, że to są różne problemy. My dyskutowaliśmy w niewielkim gronie, gdzie może być przyczyna. Ludzie w miastach mają dostęp do poradnictwa, ale również nie z systemu ochrony zdrowia. Są różne fundacje, różne organizacje, które częściowo rozwiązują te problemy. W każdym razie, jest gdzie się udać. Ludzie na wsi pozbawieni są tego z powodu odległości, trudności komunikacyjnych, ale też pewnie świadomościowych rzeczy, to znaczy braku tradycji zajmowania się tymi problemami młodych ludzi.

Tam była jeszcze taka ciekawa chyba różnica, że o chłopców dbano bardziej niż o dziewczynki w tych sprawach. Tam była drobna różnica pomiędzy tymi dwiema płciami. Zadaniem dziewczynki w tradycyjnym ujęciu było wyjść za mąż, a chłopak musiał dostarczyć środków do życia rodzinie, utrzymać gospodarstwo, więc być może więcej uwagi mu poświęcono. Przypuszczam, że te sprawy się zmieniają, tak jak zmienia się polska wieś, ale zacytowałem to, bo to uderzające – były różnice systematyczne, układające się w różne trendy, ale rzadko przybierały postać statystycznie istotną, to znaczy przekraczającą próg tak zwanej ufności statystycznej. Warto na to zwrócić uwagę i szukać w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta Grzegorz Saj:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Grzegorz Saj, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Pan poseł troszkę uprzedził moje pytanie. Ja również chciałem zapytać o tereny wiejskie, bo kilka dni temu miałem okazję uczestniczyć w konferencji zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej w małej miejscowości na pograniczu województw podkarpackiego i małopolskiego. Jako przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta opowiadałem chociażby o reformie psychiatrii środowiskowej realizowanej przez ministra zdrowia, przez pana dr. Marka Balickiego. Powiem szczerze, że w tej małej miejscowości, na tej konferencji zorganizowanej w remizie, w domu strażaka, słuchano z zaciekawieniem, a jednocześnie zadawano pytanie, kiedy jest szansa, żeby takie centrum zdrowia psychicznego powstało w naszym regionie.

Na kanwie tych doświadczeń czy kanwie tych, które mamy z naszego poletka, z Biura Rzecznika Praw Pacjenta, gdzie widzimy, że skargi, które do nas wpływają a jednocześnie świadomość praw pacjenta, świadomość opieki psychiatrycznej jest dużo większa w dużych miejscowościach, w dużych miastach aniżeli na wsiach, bo tych zgłoszeń ze wsi, jak analizujemy, wpływa do nas stosunkowo mało, dużo mniej… Zastanawiam się nad tym – i czy pan profesor w czasie tych badań zastanawiał się – jakimi drogami do mieszkańców wsi, i tych młodszych, o których pan profesor mówił w czasie prezentacji i teraz, w odpowiedzi na pytanie pana posła, możemy docierać ze świadomością zdrowia psychicznego, ze świadomością potrzeby dbania o zdrowie psychiczne, podnoszenia tego poziomu świadomości. Dziękuję bardzo.

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Ja myślę, że to jest trudny i długi proces. Trzeba edukować. Informacje powinny pojawiać się w szkole. Bardzo liczymy zawsze na propagowanie, na edukowanie. Środowisko opiniotwórcze, media, to są zadania publiczne kulturotwórcze można powiedzieć, które warto podjąć.

Ostatnio dużo czasu spędzam na wsi i muszę powiedzieć, że to bardzo się zmienia. W wielu przypadkach widzę skutki i większe zainteresowanie problemami, które może nie są traktowane jako typowe dla wiejskich terenów. Te granice powoli się zacierają i mam cichą nadzieję, że one dotrą wszędzie.

Przepraszam, tu trochę uderzę w znany może ton. Jeżeli już w każdym powiecie będzie centrum zdrowia psychicznego, to siłą rzeczy, co byśmy w nich nie robili, ta informacja, że jest miejsce, w którym pomoc jest dostępna – lepsza lub gorsza, rozwinięta lub rozwijająca się, ale dociera… Te środowiska na ogół dbają o informację na temat dostępnej pomocy i chyba to jest jedyna droga. Tworzenie dobrego systemu ochrony zdrowia psychicznego zmienia postawy stygmatyzujące i zmienia ignorancję dość powszechną w tym zakresie. Chyba tylko na to można liczyć. Nie na to, że jakiś profesor przyjdzie i wygłosi wykład, tylko na to, że ta wiedza się upowszechni i stanie się dostępna, i przekazywana będzie przez wszystkich przy każdej okazji.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękujemy, panie profesorze. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Janusz Heitzman, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ja tytułem uzupełnienia i dopowiedzenia do tego, co pan profesor Wciórka przedstawił, chciałbym zwrócić uwagę na dwa takie aspekty, które są chyba najważniejsze, tak jakby związane też z pytaniem pani poseł. Mianowicie, to badanie pokazało – i EZOP chyba II to wyraźniej zaznaczył – że wiele aspektów zdrowia psychicznego jest poza systemem opieki zdrowotnej, co widać choćby w tym, że NFZ nie widzi wielu zaburzeń, które w tych badaniach populacyjnych gdzieś się ujawniają. Jest to dowód na to, że po prostu wiele osób na co dzień jest nieleczonych i jest niediagnozowanych, a cierpi. To może się przekładać później, na przykład, na zatrzymanie wzrostu przeżywalności czy wręcz obniżanie się w Polsce – od 2016 r. – długości życia, bo to się na coś kiedyś przełoży.

I kolejna kwestia, to, co jest tu chyba istotne – nieharmonijność opieki nad zdrowiem psychicznym, czy pewien rozdźwięk pomiędzy opieką psychiatryczną a ogólną opieką zdrowotną. To jest ten wykres, który jeszcze pokazuje, że to nie jest symetryczne, że to nie jest nakładające się. To jest związane z tym, że zdrowie psychiczne jest za nisko finansowane, ale równocześnie to pokazuje, że finansowanie zdrowia psychicznego musi być dokonywane poprzez wydzielenie w obszarze innych zaburzeń zdrowotnych również tego niezwykle istotnego elementu, który jest związany ze zdrowiem psychicznym. Czyli, tak jakby każda inna specjalizacja powinna widzieć problem zdrowia psychicznego również w swoim obszarze. W związku z tym być może należy tutaj przesunąć pewne środki. To się przekłada ogólnie na rozwój cywilizacyjny, bo w innych krajach europejskich ta średnia sięga 7% na zdrowie psychiczne z ogólnych wydatków zdrowotnych. W Niemczech jest to 14%, w Szwajcarii 16. Czyli, im wyższy poziom cywilizacyjny, tym więcej się widzi problemów zdrowia psychicznego w ogólnej medycynie. To jest chyba rzeczywiście bardzo ważna kwestia.

Na koniec jeszcze jedna rzecz. Już kończę. Mianowicie, kwestia patrzenia na zdrowie psychiczne w sposób ponad resortowy. To jest według mnie bardzo istotna rzecz, ponieważ problemy zdrowia psychicznego ogniskują się, i skutki tego widoczne są w obszarze edukacyjnym, w obszarze pracy, w obszarze bezpieczeństwa, w obszarze sprawiedliwości. To są sprawy niezwykle istotne i też kosztochłonne, które tamte resorty zupełnie spychają na to nieszczęsne zdrowie i na składkę zdrowotną nie myśląc o tym, że kwestia bezpieczeństwa to również inwestowanie w zdrowie psychiczne. Kwestia dobrej edukacji, wychowania mądrych ludzi, rozwoju ekonomicznego to inwestowanie w zdrowie psychiczne. Dziękuję bardzo.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Nie może to być ciężar tylko Ministerstwa Zdrowia. W związku z tym mamy szerszy problem.

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Jeśli mogę coś jeszcze dodać. Pierwsza edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – przypomnę, to lata 2011–2015 – rozpisywała zadania na wiele resortów – te które tu pan profesor Heitzman wymienił – ale był tam jeszcze jeden resort, który wtedy miał obowiązek uczestniczyć, a trochę unikał tego. Jest to Ministerstwo Kultury – wtedy jeszcze chyba nie Dziedzictwa Narodowego. Chcieliśmy, aby zajęło się językiem publicznym, żeby Rada Języka Polskiego zabrała głos w sprawie dobrego obyczaju opisywania, mówienia, nazywania zjawisk kryzysowych z zakresu zdrowia psychicznego, ale tych decyzji nie podjęto, jak zresztą cała ta pierwsza edycja była uchwalona, ale niepodjęta. Dopiero w drugiej zaczęło się dobrze dziać, no i dzieje się, tylko problem, żebyśmy w tym biegu, który jest biegiem długodystansowym, ale bardzo ważnym, wytrwali w tych dobrych decyzjach.

Oczywiście, jeżeli takim naturalnym środowiskiem dla dzieci i młodzieży jest rodzina i szkoła, to u dorosłych jest to pomoc społeczna, możliwość kończenia edukacji i możliwość funkcjonowania w zatrudnieniu. To są podstawowe zadania. Bez ich rozwiązania…

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Kultura medialna…

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Tak, też. Przepraszam, dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Proszę.

Przedstawicielka Fundacji eFkropka Katarzyna Parzuchowska:

Katarzyna Parzuchowska, Fundacja eFkropka, Fundacja Otwarte Seminaria Filozoficzno-Psychiatryczne, osoba z doświadczeniem schizofrenii, od pięciu lat już w remisji dzięki – moim zdaniem – opiece środowiskowej. Chciałabym powiedzieć, że jestem w szoku, jeśli chodzi o dystans społeczny… To znaczy, nie jestem w szoku, że takie są wyniki badania, bo ja tego dystansu doświadczam.

Jeśli mam powiedzieć, co myślimy jako pacjenci o potrzebie zmian, to w latach 2018–2019 jako pacjenci skrzyknęliśmy się i zrobiliśmy własną ankietę, w której chcieliśmy oddać głos innym pacjentom. Uzupełniło ją 300 osób – maleńka ankieta. Zaprosiliśmy do tej ankiety stu specjalistów i stu bliskich, rodzin osób po kryzysach psychicznych. Nasza mała ankieta pokazała, że to, co nie podoba się pacjentom, ich bliskim i specjalistom, to co należałoby zmienić w opiece psychiatrycznej, to jest złe traktowanie. Przede wszystkim czujemy się źle traktowani i to na każdym poziomie tego systemu, począwszy od troski o ten system właśnie, z którego chcemy korzystać, a nie możemy.

Na drugim miejscu jest dostępność. Pada tam wiele opisów i historii o tym, że po prostu ktoś nie może, nie ma dostępu do tego, żeby leczyć się na tak groźną, jak tu usłyszeliśmy… Dla mnie, osoby po próbie samobójczej, wiedzącej, na czym to cierpienie polega, która straciła wielu przyjaciół po kryzysach psychicznych, 440 tys. osób z myślami samobójczymi to jest szalenie duża liczba. Być może są to osoby, które dostępu do tej opieki po prostu nie miały. Tutaj wyróżnia się dostępność psychoterapii przede wszystkim. Ja też na początku swojego chorowania usłyszałam, że psychoterapia w schizofrenii nie jest konieczna, tymczasem psychoterapia zmieniła moje życie. Dzisiaj jestem bardzo aktywna zawodowo. Dzisiaj jestem aktywna społecznie i pełnię wszystkie role jak każdy normalny człowiek. Bez psychoterapii to by mi się nie udało.

Kolejna rzecz, która jest wymieniana w ankiecie, to nadużywanie farmakoterapii. Osoby korzystające z opieki czują, że czasami jest to jedyna forma wspierania ich. Ubolewają też nad tym, że dobieranie leków, możliwość skorzystania z dobrego dobrania leków, z częstych wizyt u psychiatry, z wizyt czasami na żądanie, jest po prostu bardzo utrudnione, a specyfika naszych chorób polega na tym, że potrzebujmy kontaktu tu i teraz, a nie za miesiąc, za 3 miesiące czy za pół roku a czasami za rok.

I ostatnia rzecz. Rodziny bardzo otwarcie mówią o lekceważeniu rodzin i o braku uczestnictwa rodzin w leczeniu osób po kryzysach. Wskazują na potrzebę rozwijania otwartego dialogu. Zauważalna jest też potrzeba centrów zdrowia psychicznego, asystentów zdrowienia, także w mniejszych miejscowościach. Z jednego pytania – ankieta ma 30 pytań – wiemy bardzo dużo. Będziemy o tej naszej małej ankiecie mówić głośno zimą tego roku, i nazywamy ją właśnie „Mówimy głośno".

Chciałabym też podzielić się czymś takim. Wiem, że statystyki mówią, że chorób psychicznych w Polsce jest więcej od chorób onkologicznych, od chorób kardiologicznych. Bardzo mało osób o tym wie. Na warsztatach, które prowadzę, często budzi to zaskoczenie, że rzeczywiście chorób psychicznych jest tak dużo.

Ostatnio miałam okazję skorzystać z diagnostyki i leczenia onkologicznego i byłam zaskoczona, jak jest ono sprawne, jak jest pełne troski, jak działa na żądanie, jak te procedury są po prostu zorganizowane. Wiele osób z mojej rodziny też przeszło różne sytuacje związane z onkologią. Nie potrafię sobie wytłumaczyć, dlaczego, jeśli chodzi o choroby psychiczne, o tę działkę medycyny, ta procedura, mimo że są to choroby zagrażające życiu i związane z cierpieniem psychicznym, które czasem przechodzi w cierpienie czysto fizyczne, nie są tak samo poważnie traktowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę.

Kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M" IPiN Krzysztof Ostaszewski:

Szanowni państwo, nazywam się Krzysztof Ostaszewski. Pracuję w Instytucie Psychiatrii i Neurologii i jestem jednym z członków zespołu badawczego, który realizował badania EZOP. Krótko chciałbym się jeszcze odnieść i powiązać kilka rzeczy, o których państwo wspominali. Między innymi, co można by zrobić, żeby zwiększyć dostępność do pomocy w sytuacji kryzysu psychicznego dla rodzin, dla dzieci szczególnie czy młodzieży, myśląc też o rejonach wiejskich.

Jednym z takich pomysłów, który warto byłoby rozważyć, jest wzmocnienie strukturalne tej pierwszej linii pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach. Nie pamiętam dokładnie statystyki, ale szkoły wiejskie zazwyczaj nie mają pedagoga szkolnego. Tam po prostu ktoś z nauczycieli jest przyuczony, żeby w sytuacji potrzeby psychologicznej dziecka, jakiegoś kryzysu, zająć się, ale nie ma osoby profesjonalnej. Te szkoły są po prostu mało liczne i bardzo często samorząd nie zatrudnia pedagoga szkolnego, nie mówię już o psychologu, bo psycholodzy są właściwie w dużych miastach i też tylko w niektórych szkołach. Myślę więc, że można byłoby wzmocnić tę pierwszą linię, bo ten wynik mówiący o tym, że NFZ, czyli system opieki zdrowotnej nie widzi tak wielu młodych ludzi, wynika z tego, że szczęśliwie – można powiedzieć – spora grupa tych osób młodych osób z problemami uzyskuje pomoc na poziomie poradni pedagogiczno-psychologicznych, i to nie jest wtedy rejestrowane przez NFZ. Tym można by pewnie wyjaśnić tę dużą różnicę między tym, co widzi system opieki zdrowotnej, a tym, co my widzimy w badaniach EZOP, jeśli chodzi o potrzeby zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego młodych ludzi. To można byłoby troszkę wspomóc zatrudniając więcej pedagogów szkolnych. Tak mi się wydaje.

A druga rzecz, która w związku z tym kryzysem strukturalnym w dostępności do pomocy psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży wydaje się być jakimś rozwiązaniem, to jest inwestowanie w te linie pomocy telefonicznej czy internetowe, ponieważ ona jest też dostępna na wsiach, w związku z rozwojem nowych technologii i może być w jakimś sensie wykorzystywana w sytuacjach kryzysowych, nie czekając na to, aż braki kadrowe zostaną uzupełnione, bo jest wiele lat. Tak mi się wydaje, że w tej sytuacji kryzysowej – bo jest na pewno sytuacja kryzysowa, jeżeli chodzi o dostępność do opieki psychiatrycznej – warto pomyśleć przynajmniej o tych dwóch drogach.

Jeszcze jedna rzecz. Prowadzę, niezależnie od tego projektu badawczego EZOP, taki projekt badawczy w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. To jest taka systemowa odpowiedź na potrzeby młodzieży zagrożonej niedostosowaniem społecznym. Tam oczywiście jest wiele problemów związanych z tymi zaburzeniami eksternalizacyjnymi, ale nasze badania pokazują, że tam

jest bardzo dużo problemów internalizacyjnych. Bardzo duża grupa tych młodych ludzi jest po próbach samobójczych. Tak więc, tam wzmocnienie tej opieki psychiatrycznej w ramach tego systemu MOW i MOS też byłoby dobrym, systemowych rozwiązaniem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Kierownik Oddziału Zapobiegania F10 I Kliniki Psychiatrycznej IPiN Joanna Krzyżanowska-Zbucka:

Dziękuję bardzo. Joanna Krzyżanowska-Zbucka, jestem psychiatrą z instytutu, a poza tym reprezentuję też Fundację eFkropka. Ja mam taką refleksję, bo będąc młodą lekarką już słyszałam o reformie podstawowej opieki psychiatrycznej. Od tej pory trochę czasu minęło i też słyszę od pacjentów… Ja pracuję bezpośrednio z pacjentami i działam też w fundacji, to naprawdę jest bardzo przykre słyszeć od nich – to, co Kasia teraz mówiła – jak oni się czują traktowani, jak czują ten brak dostępności do opieki, jak czeka się miesiącami na wizytę w poradni zdrowia psychicznego. Kiedy mieliśmy okazję w działaniach naszej fundacji zwiedzić dwie miejscowości – Mławę i Przasnysz w województwie mazowieckim – widzieliśmy, jak tam brak czegokolwiek dla tych osób szukających pomocy. To jest dramat po prostu. Mnie jako lekarzowi psychiatrze jest zawsze wstyd w takich momentach, bo ci ludzie w Mławie pytają mnie, kiedy to wreszcie u nas będzie taki ośrodek.

Centra zdrowia psychicznego mogłyby też spełniać w tych mniejszych miejscowościach taką funkcję edukacji, jak pan poseł mówił, bo centrum zdrowia psychicznego jest nie tylko od leczenia. Jest też od zapobiegania rozwojowi poważniejszych zaburzeń. Tam jest interwencja kryzysowa, gdzie przychodzi człowiek, który sobie z czymś nie radzi, bo się rozwiódł albo stracił pracę, albo coś. Jeżeli dostanie tę pomoc szybko, powie sąsiadowi, że tutaj mogą mu pomóc, bo ma podobną sytuację, bo go wyrzucili z pracy, to wtedy może ludzie przestaną się wstydzić szukać pomocy. Tam ta funkcja edukacyjna też jest wpisana. Wprawdzie mniej na to jest pieniędzy, bo idzie to z innego kawałka reformy, ale tak czy siak, jeżeli te centra powstaną, jeżeli rzeczywiście uda się nam zreformować tę podstawową opiekę zdrowotną i w ogóle opiekę psychiatryczną, to jest to też okazja do takiej cywilizacyjnej zmiany, że przestaniemy się wstydzić przed pacjentami, przed ich rodzinami i przed wszystkimi innymi. Tak więc, bardzo prosimy… Ja jestem psychiatrą i widzę, jak to jest potrzebne, ale przez mój kontakt w ramach społecznej aktywności słucham pacjentów – współpracujemy z rzecznikiem praw pacjenta – i to są czasami bardzo duże dramaty. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Członek Zarządu Fundacji eFkropka Jakub Andryańczyk:

Jakub Andryańczyk, Fundacja eFkropka. Ja jestem świeżo upieczonym lekarzem i chciałbym zwrócić uwagę na ostatnią kwestię, którą poruszył pan profesor Wciórka w swojej prezentacji, czyli pytanie, „jak zareagowałby pan/pani gdyby okazało się, że osoba, która kiedyś chorowała psychicznie, leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, ma zostać…" i były różne odpowiedzi. Zerkam sobie na badanie CBOS-u z 2012 r., gdzie zadano właściwie to samo pytanie i na pierwszy rzut oka – chociaż nie widzę dokładnie tych liczb – wygląda to tak, że w 2012 r. było lepiej, że ten dystans społeczny był mniejszy, akceptacja była większa. Muszę przyznać, że jestem zaskoczony tym faktem i chciałbym zapytać, czy pan profesor zastanawiał się nad tym – na pewno zastanawiał się – z czego to wynika i co można by w związku z tym zrobić.

Kierownik I Kliniki Psychiatrii IPiN Jacek Wciórka:

Nie należy demonizować. Tak jak w polityce pojedynczego sondażu, tak i tutaj, każde badanie jest prowadzone w określonym kontekście. Być może liczba pytań dotyczących zdrowia psychicznego i różnych problemów sprawiły, że respondenci poczuli potrzebę zademonstrowania większego dystansu, ale to są moje hipotezy. To pytanie powtarzamy. Pierwszy raz zadaliśmy je chyba w roku 1995, a potem kilka razy powracaliśmy do tego

tematu. Wydawało mi się, chyba do tego roku 2012, że idzie ku dobremu, że jednak zwiększa się to, co tu… Te odpowiedzi troszkę dały mi do zrozumienia, że to są problemy jeszcze nieustabilizowane i nie dokonaliśmy przełomu kulturowego, mentalnego, aksjologicznego, że dopiero do niego zmierzamy i dlatego te odpowiedzi, i te decyzje, i te postawy będą się jeszcze zmieniać.

Nie należy się złamywać, trzeba tylko dalej robić to, co trzeba. Nie ma rady. Trzeba tworzyć dobrą pomoc – chciałem powiedzieć dobrą psychiatrię, ale to nie jest tylko psychiatria. To jest cały ciąg środowisk pomocowych, różnych kompetencji, wrażliwości, które muszą w tym uczestniczyć i których wspólny wysiłek może się złożyć na dobry efekt późniejszy. Ta myśl przebijała się również w tej dyskusji.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Zatem, tak jak powiedziałam, nie może to być ciężar tylko Ministerstwa Zdrowia. Najbardziej potrzebne na tym wstępnym etapie są szkoła i pedagog w szkole. Wszystkie nasze propozycje, centra zdrowia, to oczywiście trzeba robić, ale wygląda na to, że musimy zaangażować się i podpowiedzieć naszej komisji edukacji, że jeżeli mamy tu cywilizacyjnie się rozwijać – nie cofnęliśmy się, mam nadzieję, tylko mamy tąpnięcie – to właśnie potrzeba, żeby w szkole była ta pierwsza pomoc pedagoga – bo psychologa to marzenie, a psychoterapia to temat odrębny – który jest niezbędny. Myślę, że kiedyś też będziemy o tym rozmawiać. Zatem chyba nasz wspólny byłby taki wniosek, że potrzebujemy wsparcia z edukacji. Żeby zdrowie psychiczne mogło wracać do normy, to potrzebna jest jednak ta pomoc w szkole, bo później jest coraz trudniej. Dlatego pewnie w ochronie zdrowia nie udaje się tak wiele, bo to spadło na nasze barki – na lekarzy, na ministerstwo. Brak jest psychiatrów dziecięcych, generalnie brak jest psychiatrów, ale gdy z taką środowiskową pomocą się zorganizujemy, to damy radę – bo inaczej będziemy płakać, że nie mamy lekarzy psychiatrów, a szybko ich nie będziemy mieć, chociaż to kierunek priorytetowy – ale, jak pomóc społeczeństwu. To są właśnie takie wnioski. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Członek Zarządu Fundacji eFkropka Anna Olearczuk:

Dziękuję bardzo. Anna Olearczuk, Fundacja eFkropka. Jestem asystentką zdrowienia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych na warszawskich Bielanach. Jestem osobą z doświadczeniem kryzysu psychicznego, mam diagnozę choroby afektywnej dwubiegunowej i jako asystentka zdrowienia pracuję wykorzystując własne doświadczenie. Właśnie chcę się z państwem podzielić moim własnym doświadczeniem sprzed wielu, wielu lat, bo ponad trzydziestu, kiedy chodziłam do szkoły podstawowej. Ja uczyłam się bardzo dobrze, ale miałam problemy somatyczne. One zaczęły się dosyć wcześnie, ciągle chorowałam. Była taka sytuacja – tak jak mówię, uczyłam się bardzo dobrze, ale miałam bardzo dużo absencji i w pewnym momencie pani pedagog szkolna postanowiła ze mną porozmawiać. Byłam wtedy chyba w piątej klasie.

Sprawa wglądała tak, że pani pedagog zaprosiła mnie do siebie i usłyszałam, że jeżeli nie zacznę chodzić do szkoły i nie przestanę tyle chorować, to niczego w życiu nie osiągnę i żebym się jakoś ogarnęła. Przy czym pani pedagog była może nie koleżanką, ale dobrą znajomą mojej mamy. O co mi chodzi? Zobaczcie państwo, co się stało. Dwunastoletnie dziecko usłyszało – „słuchaj, ty się ogarnij, bo jak tego nie zrobisz, to do niczego nie dojdziesz w życiu”. W tym momencie ta pani pedagog kompletnie nie była po mojej stronie. Pani w ogóle nie była po stronie dziecka. Ona była po stronie dorosłych, którzy mówią – „masz to zrobić, bo jak nie, to będzie źle”.

Myślę więc, że tu, oprócz wszystkich tych zmian, które muszą zajść – bo jeżeli tego nie będzie, to polegniemy jako społeczeństwo totalnie, z mojego punktu widzenia – musi zacząć zachodzić pewna zmiana mentalna, jeżeli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży, w ogóle jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, żebyśmy zaczęli patrzeć na nich podmiotowo.

To, czego my się domagamy jako pacjenci psychiatryczni, żebyśmy byli traktowani podmiotowo a nie przedmiotowo, dokładnie dotyczy dzieci.

Ja cały czas się zastanawiam – wiadomo, jestem asystentką w środowiskowym centrum dla dorosłych, ale psychiatria dzieci i młodzieży jest dla mnie bardzo ważna – jak to zrobić, żeby faktycznie to dziecko miało kogoś, kto jest konkretnie po jego stronie. Nawet w pewnym momencie przyszło mi do głowy, żeby może taki asystent zdrowienia właśnie w psychiatrii dzieci i młodzieży, czyli taka osoba, jak ja, która sama pamięta, że gdzieś po drodze dorośli bardzo mocno zwiedli, była obok tego dziecka, była tym dorosłym, na którym to dziecko w każdej chwili może się oprzeć, nawet jeżeli nauczyciele, rodzina itd. będą nastawieni negatywnie.

Jeszcze jest jeden problem. Proszę pamiętać, że dziecko nie może samo pójść do psychologa, a jeżeli rodzice nie zauważają problemu, nie chcą go widzieć lub go negują lub wypierają, „bo my jesteśmy dobrą rodziną i nigdy takich problemów u nas nie było", to dziecko zostaje zupełnie samo. Nie ma nikogo. Myślę, że jeżeli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży, to zobaczenie tych dzieci jako ludzi, którzy mają takie same prawa, a w dodatku są tymi słabszymi i same się nie obronią… One pójdą na tory w pewnym momencie, bo niestety statystyki dotyczące samobójstw i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży są zatrważające. A to, że kilkulatki popełniają samobójstwa to jest już coś kompletnie dramatycznego.

Tak więc myślę, że właśnie przez to, że jestem osobą z doświadczeniem kryzysu, to jeśli chodzi o te kwestie związane z postrzeganiem społecznym – tak jak Kasia powiedziała, że nie jest to dla nas wielkie zaskoczenie – za każdym razem, gdy to widzę, myślę sobie aha… To znaczy, że większość społeczeństwa nie chce tak naprawdę, żebym koło nich siadała nawet w autobusie, więc ta kampania dotycząca promowania, raz – zdrowia psychicznego, a dwa – tego ciągłego odczarowywania kwestii związanych właśnie z zaburzeniami, z osobami, które doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym, to jest bardzo ważne.

Tu tak naprawdę potrzeba jest ogromna zmiana mentalna. To nie jest tylko kwestia tego, że wybudujemy jeszcze kawałek szpitala, a tam jeszcze coś zrobimy, bo jeżeli nie zacznie się coś zmieniać w ludziach, to będziemy tylko przekładać zabawki z kąta w kąt. Ja tego się obawiam. Dlatego myślę, że ta kampania – bo to Ministerstwo Zdrowia planuje… Ja z tego bardzo się cieszę i bardzo… Super.

Jeszcze na końcu powiem jedną rzecz. Wiecie państwo, mam takie poczucie, że każdy z nas na swoim polu może dużo zrobić. Teraz zwrócę się do pań posłanek i do panów posłów – bardzo często słyszę gdzieś w mediach, jak wasi koledzy mówią o tym, że „ktoś schizofreniczny…" itd. Chodzi mi o używanie języka. To jest tak, że jeżeli ktoś z mojego otoczenia przy mnie używa takiego języka, to staram się reagować. Może po prostu wszyscy powinniśmy reagować wszędzie tam, gdzie możemy to zrobić i gdzie słyszymy, że w przestrzeni pojawia się coś niefajnego.

Nasza koleżanka, która już tu była przywołana, ekspertka przez doświadczenie, z diagnozą, Ewa, o której była mowa, kiedyś podeszła do jednego z posłów, który właśnie używał tego typu określeń do deprecjonowania swoich przeciwników politycznych. Spotkała go gdzieś w przejściu podziemnym pod „Patelnią". Podeszła i powiedziała, co myśli na tent temat. Bardzo mi się to spodobało i pomyślałam sobie, że może właśnie tak trzeba – podchodzić i mówić, „słuchaj, nie mów tak, bo to, co robisz, jest po prostu krzywdzące dla innych". Ja sama wiele razy usłyszałam – „przesadzasz, o co ci chodzi, czepiasz się" itd. Wychodzę z założenia, że kropla drąży skałę. Inaczej nie damy rady. Tak więc, dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Bardzo trafna uwaga. Tak, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Tutaj było trochę słów krytyki. Ja nie chcę się tu w ogóle odnosić, bo jesteśmy wszyscy po tej samej stronie. Spotkaliśmy się, żeby wysłuchać i coś zrobić… Jak pani powiedziała, każdy z nas może zrobić coś więcej.

Na pewno to nie jest problem Ministerstwa Zdrowia – co pani poseł tutaj powiedziała – tylko de facto rządu. Czyli trzeba ustalić, kto może co zrobić. Wszyscy mamy swoje zadania, każdy je realizuje, ale być może nie ma myśli przewodniej pomiędzy całością. I faktycznie tych sześć ministerstw, na czele z szefem i bardzo istotnym uczestnikiem ministrem finansów, bo tak jak pan profesor mówi, 1 funt – 7 funtów, to są pieniądze i to jest społeczeństwo... Jeśli nie chcemy doganiać Europy, to właściwe to jest podstawowy, bardzo istotny element całości systemu. I oczywiście – jak tu bardzo dobrze zostało zdiagnozowane – dzieci i młodzież są tym najważniejszym elementem, na który trzeba jak najszybciej zwrócić uwagę. Jak pan profesor mówił, w wieku 16–17 lat ujawnia się większość problemów, ale pewnie dlatego, że jakieś problemy były już w okresie szkoły podstawowej i nie zostały rozwiązane. Tak więc, bardzo dziękuję za to i mówię, że trzeba to wykorzystać.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, szanowni państwo. Jeśli nie ma już więcej chętnych do zabrania głosu, to będziemy kończyć. To dzisiaj nasze piąte posiedzenie w ramach Komisji Zdrowia.

Szanowni państwo, bardzo serdecznie pragnę podziękować panu profesorowi za prezentację raportu państwa, za zaangażowanie w dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję państwu. Do widzenia.